

Branch

DEATH CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN KEMATIAN

Instructions: / Arahan:

- Section A and E to be completed by the bank/group/union officer. / Seksyen A dan E untuk diisi oleh pegawai bank/kumpulan/koperasi.
- Section B, C, D, and E to be completed by the claimant. / Seksyen B, C, D dan E untuk diisi oleh pihak yang menuntut.
- Please attach the following documents together with death claim form: / Sila sertakan dokumen-dokumen berikut bersama dengan borang tuntutan kematian
 - Certified true copy of death certificates / Sijil kematian yang disahkan
 - Certified true copy of deceased's identity card / Salinan kad pengenalan simati yang disahkan
 - Certified true copy of the post mortem report (for accident cases only) / Salinan laporan bedah siasat yang disahkan (bagi kes kemalangan sahaja)
 - Certified true copy of police report (for accident cases only) / Salinan laporan polis yang disahkan (bagi kes kemalangan sahaja)
 - Original copy of the deceased's individual insurance/takaful policy/certificate / Salinan asal polis/sijil insurans/takaful individu simati

SECTION A: BANK/GROUP/UNION PARTICULARS / SEKSYEN A: BUTIRAN BANK/KUMPULAN/KOPERASI

Name of bank/group/union branch / Nama cawangan bank/kumpulan/koperasi

Master policy/contract number / Nombor polisi/kontrak induk Policy/Contract/Certificate number / Nombor polisi/kontrak/sijil

Loan particular of life assured/person covered in full / Butiran pinjaman orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi

Loan amount / Jumlah pinjaman Loan commencement date / Tarikh kuatkuasa pinjaman Loan term / Tempoh pinjaman

RM D D - M M - Y Y Y Y year / tahun

SECTION B: DECEASED'S PARTICULARS / SEKSYEN B: BUTIRAN SI MATI

Name of deceased / Nama si mati

Address / Alamat

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru) Other identification number / Nombor pengenalan lain

Gender / Jantina Date of birth / Tarikh lahir

Male / Lelaki Female / Perempuan D D - M M - Y Y Y Y

Occupational details / Butir-butir pekerjaan

Nature of occupation / Jenis pekerjaan

Name of employer / Nama majikan

Employer's address / Alamat majikan

Email address / Jenis pekerjaan

SECTION C: DEATH PARTICULARS / SEKSYEN C: BUTIRAN KEMATIAN

1a. Date of death / Tarikh kematian 1b. Cause of death / Sebab kematian 1c. Place of death / Tempat kematian

D D - M M - Y Y Y Y

Death due to illness / Kematian akibat penyakit

2a. Describe the last illness / Terangkan penyakit yang terakhir 2b. Duration of last illness / Tempoh masa penyakit terakhir

2c. When did the deceased first complain his/her last illness? / Bilakah si mati mula-mula mengadu tentang penyakitnya yang terakhir? 2d. Was the deceased hospitalised or has he/she consulted a doctor prior to death? / Pernahkah si mati dimasukkan ke hospital atau mendapat nasihat doktor sebelum kematian?

3. Name(s) and address(es) of doctor(s) consulted during the last 3 years / Nama-nama dan alamat-alamat para doktor yang dirujuk dalam tempoh 3 tahun yang lalu

Doctor's name & address / Nama & alamat doktor	Nature of complaint / Jenis aduan

Death due to accident / Kematian akibat kemalangan

4a. Time of accident / Waktu kemalangan

4b. Date of accident / Tarikh kemalangan

4c. Place of accident / Tempat kemalangan

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4d. Name & address of any person(s) who witnessed accident. / Nama & alamat saksi kemalangan tersebut.

4e. Was the deceased the driver, passenger or cyclist at the time of accident? Please advise accordingly. / Adakah si mati pemandu, penumpang atau penunggang pada waktu kemalangan? Sila jelaskan.

4f. Describe in detail how the accident happened. / Terangkan secara terperinci bagaimana kemalangan itu berlaku.

4g. Was the deceased under the influence of intoxicating liquor or drugs when the accident occurred? / Adakah si mati berada di bawah pengaruh arak yang memabukkan atau dadah semasa kemalangan itu berlaku?

4h. Describe the injuries sustained by the deceased. / Terangkan kecederaan yang dialami oleh si mati.

4i. Was the accident reported to the police? Please provide details and submit all relevant police report. / Adakah kemalangan tersebut dilaporkan kepada pihak polis? Sila nyatakan butir-butirnya dan sertakan laporan polis tersebut.

4j. Was the accident reported in the newspaper? / Adakah kemalangan tersebut dilaporkan di dalam akhbar?

4k. If yes, please provide the name of newspaper, date of report and attach the newspaper article(s). / Jika ya, sila nyatakan nama akhbar, tarikh laporan dan sertakan keratan akhbar tersebut.

4l. Was the deceased taken to the hospital after the accident? / Adakah si mati dibawa ke hospital selepas kemalangan tersebut?

4m. Was there any post mortem or autopsy carried out? If yes, please attach the relevant report. / Adakah bedah siasat atau autopsi dilakukan? Jika ya, sila lampirkan laporan tersebut.

5. Did the deceased own any other insurance policies/takaful contract/certificate on his/her own life? If yes, please state the details below. / Adakah si mati mempunyai polisi insurans/kontrak takaful/sijil yang lain? Jika ya, sila nyatakan butir-butirnya di bawah.

Name of insurer/takaful operator / Nama syarikat insurans/operator takaful	Policy/Contract/Certificate number / Nombor polisi/kontrak/sijil	Benefit amount / Jumlah faedah

SECTION D: CLAIMANT PARTICULARS / SEKSYEN D: BUTIRAN PIHAK YANG MENUNTUT

Name in full / Nama penuh

Address / Alamat

Postcode / Poskod

--	--	--	--	--

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Other identification number / Nombor pengenalan lain

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of birth / Tarikh lahir

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

House phone number / Nombor telefon rumah

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Office phone number / Nombor telefon pejabat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile number / Nombor telefon bimbit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relationship with deceased / Hubungan dengan si mati

--

Occupation / Pekerjaan

--

Bank account name / Nama akaun bank

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bank account number / Nombor akaun bank

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bank name / Nama bank

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECTION E: DECLARATION BY BANK/GROUP/UNION / SEKSYEN E: PENGISYTIHARAAN OLEH BANK/KUMPULAN/KOPERASI

I hereby declare that the answers to each and all the above questions are full and in every aspect. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa segala jawapan bagi setiap soalan di atas adalah lengkap dan benar bagi setiap yang dilaporkan itu.

Signature of bank/group/union officer /
Tandatangan pengawai bank/kumpulan/koperasi

Name of bank/group/union officer /
Nama pengawai bank/kumpulan/koperasi

NRIC number (new) /Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baru)/Nombor pengenalan lain

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date / Tarikh

D	D
---	---

 -

M	M
---	---

 -

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

Bank's chop / Cop bank

--

Designation / Jawatan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone number / Nombor telefon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address / Alamat

SECTION F: DECLARATION BY CLAIMANT / SEKSYEN F: PENGISYTIHARAAN OLEH PIHAK YANG MENUNTUT

I/We hereby declare that all the answers given by me/us in this statement are in all respects true and complete. I/We hereby consent Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad to seek medical information from any doctor who, at any time has attended to me/us concerning anything which affects my/our physical or mental health or seeking information from any insurance company/takaful operator with which policy/contract/certificate on my/our life(s) has been affected and I/we authorise the giving of such information. I/We agree that a copy of this authorisation shall be as valid as the original. And I/we make this solemn declaration conscientiously believing the same to be the true and by virtue of the provisions of the Statutory Declaration Ordinance No. 20 of 1960. / Saya/Kami mengisytiharkan bahawa semua jawapan saya/kami dalam penyata ini adalah dalam semua aspek, benar dan lengkap. Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran kepada Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad untuk meminta laporan perubatan dari mana-mana doktor yang pada bila-bila masa pernah member khidmat kepada saya/kami berkaitan dengan apa jua yang member kesan kepada kesihatan badan atau mental saya/kami atau mencari maklumat dan lain-lain syarikat insurans/operator takaful dengan mana yang mempunyai polisi/kontrak/sijil saya/kami dan membenarkan pemberian maklumat tersebut. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan kebenaran ini adalah sebagai mana salinan asalnya. Dan saya/kami membuat pengisytiharaan ini dengan sesungguhnya mempercayai bahawa keterangan tersebut adalah benar dan di bawah kuasa peruntukan Ordinan No. 20 Akuan Berkanun 1960.

I hereby consent to allow the company/operator to deduct any indebtness due to this policy/contract/certificate from claim proceeds. / Dengan ini saya membenarkan syarikat/operator memotong sebarang hutang adalah disebabkan oleh polisi/kontrak/sijil daripada hasil tuntutan.

I/We agree that any of my/our personal information collected or held by Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("you") in this document is provided with my/our consent for it to be held, used, and disclosed by you to individuals or organizations associated with you or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) to process my/our application as stated in this document, and to communicate with me/us for purposes of processing such application. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by you and that such request can be made to your Customer Careline at 1300-88-5055. / Saya/kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("anda") di dalam dokumen ini, adalah boleh diberikan atau disimpan, digunakan dan didedahkan oleh anda kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan anda atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans/takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk memproses permohonan saya/kami seperti mana tertera di dalam dokumen ini, serta berhubung dengan saya bagi tujuan pemprosesan permohonan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat keatas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh anda dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada Talian Khidmat Pelanggan Careline anda di 1300-88-5055.

Signature of claimant / Tandatangan pihak yang menuntut

Signature of witness / Tandatangan saksi

Name of claimant / Nama pihak yang menuntut

Date / Tarikh

D	D
---	---

 -

M	M
---	---

 -

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

Name of witness / Nama saksi

NRIC number (new) /Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baru)/Nombor pengenalan lain

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--